Aus der Universitäts-Nervenklinik Tübingen
Direktor: Prof. Dr. W. Schulte

Nachuntersuchungen von Patientinnen mit Puberaldystrophie

Inaugural-Dissertation

zur
Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von

Heide Hoss-Jäger

aus Karlsruhe

1965

8134

Aus der Universitäts-Nervenklinik Tübingen
Direktor: Prof. Dr. W. S c h u l t e

Nachuntersuchungen von Patientinnen mit Puberaldystrophie

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard - Karls - Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Heide Hoss - Jäger
aus Karlsruhe

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN

Dekan: Professor Dr. W. S c h u l t e

1.Berichterstatter: Professor Dr. D. L a n g e n

2.Berichterstatter: Professor Dr. W. S c h u l t e

Inhaltsangabe.

I. EINLEITUNG:

Problemstellung; Methodische Vorbemerkung 2

Die Pubertät als Entwicklungsvorgang 3 - 5

Das Syndrom der Krankheit 5 - 8
Symptomatik
Geschichte
Behandlungsversuche
Prognose

II. EIGENE UNTERSUCHUNGEN:

Kurze Darstellung der Symptomatik 8 - 9

Vergleich der Gruppen aus den beiden Kliniken 15 - 17

Gliederung nach dem Verlauf
Rückblick 17 - 18
Art und Dauer der Behandlung 18
Zeitspanne bis zur Besserung der Cardinalsymptome 18 - 19
Psychische Veränderung 20 - 22
Soziale Weiterentwicklung

Typische Krankengeschichten 22 - 32

III. DISKUSSION: 32 - 36

IV. ZUSAMMENFASSUNG: 37 - 38

LITERATURVERZEICHNIS: 39 - 42

I. METHODISCHE VORBEMERKUNG:

Bei Verlaufsstudien an jugendlichen Patientinnen, die vor einigen Jahren an der hiesigen Nervenklinik unter der Diagnose Pubertätskrise behandelt worden waren, fiel eine kleine Gruppe mit andersartigem Beginn und Verlauf heraus. Damals waren sie als Puberaldystrophien ausgesondert worden.

In der folgenden Arbeit soll nun untersucht werden, wie sich diese Patientinnen - und die einer Vergleichsgruppe aus der Medizinischen Klinik - inzwischen weiter entwickelt haben, und dadurch ein Beitrag zur Klärung des heterogenen Begriffes der Puberaldystrophie geleistet werden.

Nach einer kurzen Darstellung des Phänomens der Pubertät sollen im Überblick die seitherigen Auffassungen über das Syndrom der Anorexia nervosa (Puberaldystrophie, Pubertätsmagersucht, primär psychogene Magersucht) aufgezeigt werden. Darauf folgt eine Schilderung der Symptomatik mit Betonung dessen, was uns besonders auffiel, anschließend eine Übersicht über die Verlaufsbeobachtungen, gefolgt von der etwas ausführlicheren Beschreibung einiger typischer Krankengeschichten. In der abschließenden Diskussion soll auf Gesichtspunkte für die Entstehung der Erkrankung hingewiesen werden, die sich aus den Verlaufsbeobachtungen erschlossen.

DIE PUBERTÄT ALS ENTWICKLUNGSVORGANG:

Was ist überhaupt Entwicklung?
Nach E. SPRANGER handelt es sich "bei jeder Entwicklung um eine Veränderungsreihe, die ein Subjekt durch das Zusammenwirken von inneren und äußeren Faktoren erfährt, jedoch so, daß die Richtungsbestimmung vorwiegend auf innere Anlagen und Tendenzen des betreffenden Subjektes zurückgeführt wird.

Anatomisch-physiologische und geistig-seelische Entwicklungen verlaufen dabei mit- und nebeneinander, bzw. nacheinander. Auch wenn man Leib und Seele als gegensätzliche Pole auffaßt (DESCARTES), so muß man doch an die Wechselwirkung beider denken. "Die Seele wirkt auf den Leib, der Leib wirkt auf die Seele, ohne daß damit etwas Absolutes oder prinzipiell Gültiges gesagt wäre" (K. JASPERS).

Anatomisch-physiologisch ist die Pubertät eng mit dem Körperwachstum verbunden. Erst, wenn der Körper eine bestimmte Reifung erreicht hat (z.B. Knochenalter), ist die Geschlechtsreifung möglich. Man nimmt an, daß von der Zirbeldrüse bzw. von ihr benachbarten Hirnregionen bis dahin Hemmungen auf den Hypothalamus ausgehen, nach deren Wegfall der Hypophysenvorderlappen zu der Gonadotropinsekretion stimuliert wird. Mit der vermehrten Gonadotropinausschüttung nimmt der Einfluß des Wachstumshormons (STH) ab, wogegen die Nebennierenrinden vermehrt Androgene produzieren.

Für die geistig-seelische Entwicklung bewährt sich eine Einteilung nach W. ZELLER in:
Erste puberale Phase=negative Disharmonisierung (10,5-14 J.) und

Zweite puberale Phase=Reharmonisierung (14-21 J.). Dies entspricht etwa der frühpuberalen Protestphase und der spätpuberalen Instinktablösung und dem Instinktwandel E. KRETSCHMERS).

Es folgt die Wendung nach innen; die eigene Individualität wird entdeckt; die Welt und das Selbst werden kritisch betrachtet. Das Spannungsverhältnis zur Umwelt äußert sich einerseits in dem Wunsch nach Isolierung, der bis zur "tragischen Vereinsamung" (H. MÜLLER) führen kann, andererseits in neuem Selbstgefühl, das von der Welt Besitz ergreifen will. Diese Auseinandersetzung wird erschwert durch den erwachenden, noch zielsuchenden Sexualtrieb.

Die Pubertät stellt also eine Belastungsprobe für den Gesamtorganismus dar und ist durch die gesteigerte Labilität autonomer Funktionen besonders leicht störbar. E. KRETSCHMER bezeichnet sie geradezu als "Wetterwinkel für Organfunktionsstörungen", als "Drehpunkt, an dem sich entscheidet, wieviel von den Unebenmäßigkeiten der Frühanlage ins Erwachsenen-Alter weiter wirkend übernommen wird". Besonders, wenn körperliche und seelische Reifung nicht parallel verlaufen, entstehen zahlreiche Reibungspunkte. Anlagemäßige Charakterabweichungen erfahren hier ihre phasentypische Zuspitzung. Auch primär endokrine Erkrankungen können sich erstmals zeigen.

Infolge der verstärkten Labilität wird der oder die Pubertierende auf alle belastenden Momente des Milieus besonders stark reagieren, so daß oft der Eindruck entsteht, "als wären im wesentlichen soziale Faktoren für das Auftreten von Reifungsschwierigkeiten verantwortlich zu machen" (v. STOCKERT).

Schließlich läßt sich häufig eine Verbindung herstellen zwischen dem Grad der Differenzierung und dem Ausmaß der Störbarkeit.

DAS SYNDROM DER PUBERALDYSTROPHIE:

Die klassische Schilderung des an sich recht prägnanten klinischen Syndroms der Puberaldystrophie finden wir schon bei MORTON 1689. Er nennt als die wesentlichen Merkmale Amenorrhoe, Appetitstörung, Obstipation, extreme Abmagerung, die gleichgültig hingenommen wird, und rastloses Arbeiten trotz der Kachexie. Darauf veröffentlichten GULL in England und LASSÈGUE in Frankreich vollständige Beschreibungen. Seitdem wurde die Krankheit mehrfach wiederentdeckt und gab Anlaß zu verschiedenen Deutungen, die sich in unterschiedlichen Bezeichnungen widerspiegeln.

Eine ausführliche Darstellung der Geschichte der Anorexia nervosa findet sich bei H. THOMÄ. Hier soll nur auf die verschiedenen Erklärungsversuche hingewiesen werden, um im weiteren Verlauf der Arbeit darauf zurückgreifen zu können.

Seit 1914 stiftete die Verwechslung mit der SIMMOND'schen Kachexie Verwirrung; diese dürfte auf Grund der histologischen Befunde und der ausführlichen Differentialdiagnose in der Arbeit von F. HENI endgültig abgetan sein. Statt der Annahme einer primären Organstörung der Hypophyse (VILLINGER) finden wir die der Diencephalose (FEUCHTINGER), des Stammhirnsyndroms (KATZENSTEIN) und des Stammhirnsyndroms mit veränderten Beziehungen zur Leber (GEORGI und LEVI). Des weiteren besteht die Auffassung der

praepsychotischen Störung (NICOLLE), einer besonderen Schizophrenieform (CARRIER). Von ZUTT wird der Hinweis "auf das Befallensein eines Funktionssystems" gegeben und die Krankheit mehr der Zyklothymie zugeordnet. Dagegen wird die Krankheit von SPEER als Neurose infolge gestörter Erlebnisverarbeitung und von LUTZ als Reifungsneurose aufgefaßt; während DREYER auf die Bedeutung eines psychopatischen Familienmilieus und LIEPMANN auf die größere Vulnerabilität der Frau hinweist.

Für die Beziehung zur Pubertät werden verschiedene Erklärungen gegeben: "Die zentrale Angst vor dem Erwachsen-werden" (LEIBBRAND), die Ablehnung des Rundlich-Fülligen (SCHULTZ-HENCKE) oder die Weigerung an das Leben selbst (von WEIZSÄCKER).

E. KRETSCHMER weist auf die "Wachstumsstockung der Gesamtpersönlichkeit" hin, die alle Gewebe umfaßt, und sieht in der "Puberaldystrophie eine Disposition, die auf Erbanlage, Keimschädigung, früherworbener traumatischer oder herdinfektiöser Schädigung im Sinne prodyskliner Konstituionsabweichung" zurückzuführen ist.

Die Bedeutung des konstitutionellen Faktors stellt auch H. MÜLLER in den Vordergrund: "Der asketische Charakter (der idiopatypisch und vererbbar ist), stellt den Boden dar, auf dem sich die Pubertätsmagersucht entwickelt".

Die neuesten Arbeiten stammen von H. THOMA, der eine primärpsychogene Erkrankung annimt, und von J.E. MEYER, der seine Arbeit wie folgt beginnt:

"Der Streit um die endokrine Genese der Anorexia nervosa, der durch die Befunde von SIMMONDS entstanden war, ist entschieden. Die Anorexia nervosa ist eine primär psychische Erkrankung. Zur Diskussion steht nur noch, ob eine endokrine Gleichgewichtsstörung eine praedisponierende Rolle spielt."

Die Behandlungsversuche sind so zahlreich wie die Deutungen und Namen. Die Psychosomatiker versprechen sich in allen Fällen durch eine langwierige Analyse eine typische Vorgeschichte und dadurch einen Ansatzpunkt für die Therapie. Dagegen heben die Psychiater (ZUTT, BÜRGER-PRINZ) mehr das phasenhaft zyklische des Geschehens hervor, nehmen eine Art reaktiver, trotzdem weitgehend endogener Verstimmung bei psychasthenischer Konstitution an. Die Psychotherapie wird von ihnen nicht außer Acht gelassen, doch versuchen sie auch mit Hilfe von Medikamenten auf die Krankheit einzuwirken. Überhaupt fällt auf, daß die Internisten mehr zur Diagnose Psychogenie neigen, während die Psychiater mehr auf den endogenen Faktor aufmerksam machen.

Die Prognose steht noch offen, vor allem deshalb, weil sich die wenigen langfristigen Untersuchungen kaum vergleichen lassen. Abgesehen von E. KRETSCHMER, der die Puberaldystrophie schon immer eng abgegrenzt hat, ist J.E. MEYER der Erste, der anhand von Nachuntersuchungen die Pubertätsmagersucht von den Anorexieformen späterer (und früherer) Lebensjahrzehnte abgegrenzt hat. (Von 20 Fällen sind 7 geheilt, 7 ungeheilt, 3 schizophren, 3 gestorben).

MEYER nimmt an, daß sich die Zahl der geheilten Fälle in Zukunft durch rechtzeitige Psychotherapie erhöhen wird. In diese Richtung weisen auch die

von THOMÄ an seinem eigenen Krankengut gewonnenen Ergebnisse, wenngleich es sich bei dessen Fällen auch um andere Formen der Anorexia nervosa handelte. "Doch wird ein außerordentlich hoher therapeutischer Einsatz nötig sein" (HEYDT-GUTSCHER).

II. EIGENE UNTERSUCHUNGEN:

Da das Krankheitsbild sowohl psychiatrische als auch internistische und gynäkologische Befunde enthält, wurde auch in der Frauen- und Medizinischen-Klinik nach einer Vergleichsgruppe zu den Fällen der Nervenklinik gesucht. In den Akten der Frauenklinik fand sich für die Jahre 1950-57 keine entsprechende Diagnose. In der Medizinischen Klinik und Poliklinik war die Diagnose primär psychogene Magersucht, Pubertätsmagersucht, Anorexia nervosa 19 mal gestellt worden. Jedoch, wie schon der Name Puberaldystrophie sagt, erfaßten wir für unsere Nachuntersuchungen nur Patientinnen, bei denen die Krankheit um die Pubertät zentriert war, und grenzten damit gegen die außerhalb dieser Lebensperiode diagnostizierten Fälle von Anorexia nervosa ab, Die Bezeichnung Puberaldystrophie wurde von E. KRETSCHMER nicht zuletzt deshalb gewählt, weil durch sie die Zentrierung um die Pubertät und die allgemeine Dystrophie der Gewebe ausgedrückt wird und sich die Symptomatik nicht nur auf die Essensthematik erstreckt.

Wir untersuchten 9 Patientinnen aus der Medizinischen und 10 Patientinnen aus der Nervenklinik, die heute in ganz Württemberg verstreut wohnen.

Die Behandlung lag mindestens 4, längstens 16 und im Durchschnitt 8 Jahre zurück. Der Beginn der Erkrankung war zwischen dem 13. und 19., mit einem Gipfel im 16. Lebensjahr gelegen. Zur Zeit der Nachuntersuchung hatten alle Patientinnen das Maturitätsalter erreicht. (Durchschnittsalter 26 Jahre).

Soweit möglich, wurden die ehemaligen Patientinnen zu Hause aufgesucht, um sich auch ein Bild von der sozialen und familiären Situation machen zu können. Fast immer wurden zunächst die Angehörigen befragt, dann die Patientinnen selbst. Die Untersuchende war immer dieselbe, und zwar den Patientinnen bis dahin unbekannt, so daß keine gelösten oder ungelösten Übertragungen mit ins Spiel kommen konnten.

Die Untersuchung selbst erstreckte sich im wesentlichen auf Exploration und körperliche Untersuchung, jedoch wurden keine Laborbefunde erhoben, zumal diese ja schon zum Zeitpunkt der Erkrankung keine deutlichen Abweichungen von der Norm gezeigt hatten.

DARSTELLUNG DER SYMPTOMATIK ZUR ZEIT DER ERKRANKUNG:

Alle Patientinnen hatten infolge eingeschränkter Nahrungsaufnahme stark an Gewicht abgenommen. 7 von 19 litten infolge des häufigen Erbrechens unter Kaliummangel.

Die Obstipation, die in leichter Form oft schon vor der Erkrankung bestanden hatte, nahm so extreme Formen an, daß eine Patientin meinte, diese sei überhaupt das Schlimmste ihrer Krankheit gewesen.

Bei 10 Patientinnen war schon Wochen oder Monate vor Beginn der Essenssymptomatik - zugleich mit Verschlimmerung der Obstipation - Amenorrhoe aufgetreten. Bei zwei trat diese erst mit Abnahme des Körpergewichtes auf, während bei den übrigen Mädchen Periodenunregelmäßigkeiten bestanden.

Die Haut war trocken und abschilfernd, das Kopfhaar dünn; dagegen fiel eine ziemlich starke Lanugobehaarung im Gesicht, an den Armen, auf dem Rücken und bei manchen am ganzen Körper auf. Achsel- und Schambehaarung waren, wenn auch spärlich, vorhanden. Körpertemperatur und Herztätigkeit waren stark herabgesetzt, ebenso zeigte der Blutdruck hypotone Werte mit ausgesprochener Neigung zu Akrocyanose.

Im Magensaft fanden sich subacide Werte, in der Mehrzahl sogar histaminrefraktäre Anacidität.

Röntgenologisch ließ sich ein Hakenmagen (Gastroptose) mit Megabulbus nachweisen, ebenso osteoporotische Veränderungen der großen Röhrenknochen sowie Schädeldysplasien, während eine große Abweichung im Bereich der Sella nur zweimal diagnostiziert wurde, was nichts Definitives aussagt, da Veränderungen im Bereich der Sella oft über Jahre unbemerkt bleiben (A.LÜTCHE , klinische Verläufe bei intra- und suprasellären Tumoren, Med. Welt 63/64, S. 26). Gynäkologisch wurden äußerlich Hypoplasien und durch Vaginalabstriche Oestrogenmangel festgestellt.

Ganz besonders fiel uns auf;

daß gehäuft entzündliche Erkrankungen in engem zeitlichen Zusammenhang mit der Erkrankung bestanden hatten. (2 mal chronisch rezidivierende Anginen, 2 mal Kiefer- und Stirnhöhleneiterung, 1 mal Pneumonie).
Einmal ging eine Hepatitis (infektiosa?) direkt voraus, bei 2 weiteren Patientinnen war eine solche in der Anamnese angegeben worden.
Bei mehreren bestand eine Hyperpigmentierung, die mit Wiedereintritt der Menses verschwand.
Eine Patientin hatte dauernd großen Durst - bei ungenügendem Konzentrationsvermögen im VOLLHARD'-schen Durstversuch.
12 der Mädchen litten unter quälender Schlaflosigkeit,
9 klagten über innere Unruhe, Denkzwang und Gedächtnisschwäche, während die anderen antriebsarm und müde waren, dabei aber oft auch nicht schlafen konnten.
Alle Mädchen zählten zur leptosom-asthenischen Konstitution, wiesen zahlreiche Dysplasien und degenerative Stigmata auf, und bei 5 bestanden Virilismen.

Nicht nur in dem körperlich-konstituionellen Befund - die extreme Abmagerung mit den strengen Nasolabialfalten - ähnelten sich diese jungen Mädchen, sondern auch durch ihre depressive Grundstimmung und ihr fast greisenhaft anmutendes Verhalten.

Bei einer Gruppe von Patientinnen fanden wir daneben mehr sthenische Züge, in Form von offenem oder verstecktem Protest, Ehrgeiz und Eigenwillen.

Dazu waren die Mädchen nervös und reizbar, unruhig und fahrig, jedoch keineswegs energiegeladen. Bei einer anderen Gruppe dagegen standen mehr asthenische Züge im Vordergrund. Jene Patientinnen waren antriebsarm, müde, lustlos, überdrüssig, weinerlich und überempfindlich.

Alle jedoch fanden kaum oder gar keinen Kontakt zu ihren Mitmenschen, höchstens zu den nächsten Angehörigen, und unter ihnen am leichtesten zur Mutter. Keine sah die Notwendigkeit der Behandlung ein, entweder, weil ihr sowieso alles gleichgültig geworden war oder der Gedanke, krank zu sein, abwegig erschien.

Praemorbid fielen gehäuft chronische Infekte auf. Die Kinderkrankheiten wurden meist besonders schwer durchgemacht. Ein Mädchen magerte nach Scharlach mit 6 Jahren bis zum Skelett ab, ein anderes bekam anläßlich rezidivierender Anginen mit hohem Fieber Krampfanfälle. 7 mal wurden die Kinder als zarter als ihre Geschwister geschildert, in 3 Fällen aßen sie schlechter als diese. Dagegen wurden nur 2 mal psychische Auffälligkeiten angegeben (Schreibzwang, "negativistische Krise").

Die M e n a r c h e trat durchschnittlich mit 14 1/2 Jahren ein, gegenüber dem normalen Durchschnitt sicher eine Verzögerung, auch wenn man die Unterschiede Stadt-Land und die Streuung über mehrere Jahre berücksichtigt. Die Periode war bei 15 Patientinnen bis zur Erkrankung regelmäßig, bei 4 unregelmäßig. Die Stellung innerhalb der Geschwisterreihe weist eine eindeutige Häufung der Erstgeborenen auf (9). Zweimal geht eine Fehlgeburt voraus, einmal war das Kind übertragen worden.

Der familiäre Hintergrund zeigt ein vom Durchschnitt abweichendes Bild. Konstitutionell fand sich eine Häufung von Dysplasien, gleichmäßig auf Pykniker und Leptosome verteilt. 3 mal wurden mehrere Sonderlinge in der Familie angegeben, 2 mal echte Depressionen. Psychisch standen infantil wirkenden Müttern mindestens ebenso viele tatkräftige, natürliche gegenüber.
Je einmal litten die Zwillingsschwester, eine Schwester oder ein Neffe unter Essensschwierigkeiten; einmal die Tochter einer der Patientinnen. An somatischen Erkrankungen standen bei den Vätern Herzleiden im Vordergrund (7 mal, davon 2 mal daran verstorben). Von den Müttern wurden 5 mal Magen- und (oder) Gallenerkrankungen angegeben. Allergisch-hyperergische Reaktionen fanden sich besonders gehäuft in einer Familie: Mutter mit Asthma, Schwester mit Allergie gegen Bettfedern, Patientin fragliche Allergie gegen Bettfedern. Aus dieser Familie starb der Bruder an hepatolenticulärer Degeneration (WILSON), einer sicher erblichen Erkrankung. (Bei der die Geschwister oft latent die Anlage zur Krankheit in sich tragen).

Die Familiensituation war bemerkenswert selten gestört - ganz im Gegensatz zu der Feststellung von Annemarie JAEGER in ihrer Arbeit über die Pubertätskrisen und im Gegensatz zu THOMÄ in seiner Zusammenstellung über die Anorexia nervosa. 16 Ganzfamilien standen 4 Teilfamilien gegenüber. Die häusliche Atmosphäre wurde mit wenigen Ausnahmen als freundlich geschildert. Die meisten der Mädchen stammen aus gut bürgerlichem Milieu.

Die Einstellung zum Elternhaus erschien uns sehr viel positiver als erwartet - zumal das Verhalten den Eltern gegenüber während der Pubertät oft schon normalerweise ambivalent ist.

Die gefühlsmäßige Einstellung zur Mutter war 10 mal eindeutig positiv, 3 mal ambivalent, 4 mal negativ; 3 mal bestand eine übermäßig starke Bindung. Die Beziehung zum Vater gab zu Spannungen kaum Anlaß.

Ein "aktueller Konflikt" ließ sich lediglich bei 2 Mädchen vermuten. Bei 4 bestand eine schon länger dauernde Protesthaltung, 2 der Mädchen fühlten sich in ihrer damaligen Situation überfordert.

Die Ablehnung der weiblichen Rolle, die von so vielen Untersuchern als wesentlicher psychodynamischer Faktor angesehen wird, war bei unseren 19 Patientinnen nicht feststellbar. Der Wunsch, ein Junge zu sein, wurde wohl gelegentlich geäußert, nicht aber aus Ablehnung der biologischen Weiblichkeit, sondern eher aus dem Bedürfnis nach größerer Freiheit und zum Beispiel dem Wunsch nach Gleichstellung mit den bevorzugten Brüdern, um wie sie studieren zu dürfen.

Die Einstellung zur Periode war bei 7 Patientinnen positiv, bei 2 negativ. Bei 7 Patientinnen mit einer indifferenten Einstellung war bei einer deutungsfreien Befragung keine versteckte Ablehnung festzustellen.

VERGLEICH DER IN DER MEDIZINISCHEN- UND IN DER NERVENKLINIK BEOBACHTETEN PATIENTINNEN:

In beiden Kliniken waren schwer und weniger schwer erkrankte junge Mädchen behandelt worden. Die Dauer der Behandlung streute zwischen 3 Wochen und mehreren Monaten. Zudem waren die meisten Patientinnen schon vorher entweder in einem Kreiskrankenhaus gelegen oder zunächst in der Medizinischen Klinik behandelt und von dort in die Nervenklinik überwiesen worden. Nur 3 Patientinnen kamen direkt in die Nervenklinik, während ein Mädchen nie wirklich behandelt wurde.

Als Unterschied fiel auf, daß bei den Mädchen der Nervenklinik die zwanghaften Züge etwas mehr im Vordergrund standen.

VERLAUFSBEOBACHTUNG:

Unser Ergebnis läßt sich am ehesten mit dem von J.E. MEYER vergleichen, der in seinen katamnestischen Untersuchungen die Pubertätsmagersucht aus der Gruppe der Anorexie-Kranken ausgegliedert hat. Als geheilt bezeichnete er diejenigen Probandinnen, die ohne diätetische Einschränkung leben, für die Essen kein Problem ist, abgesehen von Appetitschwankungen. (Sein Ergebnis von 20 Fällen war: 7 geheilt, 7 ungeheilt, 3 schizophren, 3 gestorben).

Unser Ergebnis unter diesem Kriterium:

10 Essen kein Problem mehr, davon eine Schizophrene

3 Essen kein Problem, doch diätetische Einschränkung

3 Essen immer noch Problem.

Doch zeigte sich in der Längsschnittbetrachtung, daß auch die Puberaldystrophie kein einheitliches Krankheitsbild sein und die Essenssymptomatik nicht als einziges Kriterium der Heilung angesehen werden kann. Wir fanden zwei Gruppen mit unterschiedlichem Verlauf. 3 der jungen Mädchen ließen sich nicht einordnen. Eines war eine damals unerkannte initiale Schizophrenie (Vater schizophrener Erbträger); ein zweites war mit einem katatonen Erregungszustand eingeliefert worden und hatte sich davon in kurzer Zeit erholt. Das dritte Mädchen, eine junge Griechin, ist wegen ihrer Andersartigkeit schwierig zu beurteilen. (Diese 3 wurden auch schon in der vorausgegangenen Besprechung nicht berücksichtigt.

I. Gruppe: Die Krankheit nahm hier einen mehr adynamen Verlauf.

a) Psychisch mehr oder weniger gut gebessert
(4 gut, 4 befriedigend).

b) Cardinalsymptome ziemlich gut - gut gebessert
(4 gut, 2 befriedigend, 2 wenig gebessert).

Heute stehen vegetative Beschwerden im Vordergrund
(bei 4 stark, bei 2 mäßig stark, bei 2 kaum).

II. Gruppe: Dagegen stand bei diesen Patientinnen das Zwanghafte mehr im Vordergrund.

a) Psychisch schizoide Züge im Vordergrund
(1 Schizophrene, 1 sehr stark, 4 stark schiz. Züge).

b) Cardinalsymptome mehr oder weniger gut gebessert
(5 gut, 2 befriedigend, 1 wenig gebessert).

In dieser Gruppe finden sich wahrscheinlich ähnliche Patientinnen denen, die
- MEYER als geheilt bezeichnet, während die seelische Reifungsstörung noch anhält - und denen ZUTTs mit ihrem zwanghaften ans Essen denken müssen.

In der weiteren Besprechung sollen nun diese beiden Gruppen gesondert und vergleichend besprochen werden.

Rückblick:

Rückblickend lassen sich schon zur Zeit der Erkrankung Unterschiede feststellen, die im Querschnittsbild weniger aufgefallen waren.

Die Zeit bis zur Behandlungsbedürftigkeit war bei den Patientinnen der I. Gruppe im Durchschnitt kürzer und betrug wenige Wochen bis zu einem halben Jahr. Bei den Patientinnen der II. Gruppe betrug sie dagegen bis zu 3 Jahren. Die Krankheit der I. Gruppe verlief demnach in einer steileren Kurve.

Auch die E s s e n s s y m p t o m a t i k unterschied sich:

Gruppe I: Diese Mädchen hatten keinen Hunger und schon gar keinen Appetit, jedoch keine Abneigung gegen bestimmte Speisen.

Gruppe II: Jene lehnten das Essen ab, begleitet von Völlegefühl und Erbrechen. Auch Heißhungeranfälle einschließlich gelegentlicher Speisekammeranekdoten wurden angegeben.

Die Patientinnen dieser Gruppe waren im Durchschnitt intelligenter und vor allem ehrgeiziger - wobei die Ehrgeizhaltung zur Zeit der Erkrankung meist umschlug in den Ehrgeiz, faul zu sein.

Übereinstimmung bestand bei beiden Gruppen in allen weiteren schon erwähnten Faktoren, die aus der Anamnese erfragt werden konnten, aber zur Zeit der Erkrankung bestanden hatten.

Art und Dauer der Behandlung:

Zur Behandlung der Patientinnen wurden roborierende Maßnahmen, Hormonbehandlung (ACTH, Percorten, Hypophysenimplantation) Insulingaben und Psychotherapie angewandt. Dabei unterschied sich der Behandlungserfolg weniger durch die verschiedene Therapie, als innerhalb der beiden Gruppen. Selbst längere Behandlungsdauer besserte nicht den Erfolg.

Gruppe I: In der Hälfte der Fälle gute Gewichtszunahme, trotzdem der Appetit kaum zugenommen hatte.

Gruppe II: Nur sehr geringe Gewichtszunahme, wobei der Wille zu essen bei 5 völlig unbeeinflußt blieb.

Zeitspanne bis zur Besserung der Cardinalsymptome:

Gruppe I: Die Essenssymptomatik besserte sich im Verlauf der nächsten 1 - 3 Jahre, in mehreren Fällen ganz plötzlich von einem Tag auf den anderen, während die

Amenorrhoe (mit einer Ausnahme) erst längere Zeit später verschwand, die Menses seitdem regelmäßig eintraten. Periodenunregelmäßigkeiten, die schon vorher bestanden hatten, blieben unbeeinflußt. Zur gleichen Zeit mit dem Wiederauftreten der Menses besserte sich auch die Obstipation.

Gruppe II: Der Zeitraum, der bis zur Besserung der Essenssymptomatik verstrich, war wesentlich länger (3 - 8 J.). Die Änderung erfolgte ganz allmählich. Amenorrhoe und Obstipation verloren sich zur gleichen Zeit, oder doch nur wenig später - dagegen waren zwei Patientinnen trotz sonst guter Besserung immer noch amenorrhoisch.

(1) Menses vor der Erkrankung:

	regelmäßig	unregelmäßig
I	6	2
II	6	2

(2) Menses während der Erkrankung:

	Unregelmäßig	Amenorrhoe in Beziehung zur Abmagerung	
		vorher	während
I	4	3	1
II	-	7	1

(3) Wiederauftreten der Menses in Bezug auf die Essenssymptomatik:

	mit deren Änderung	nach deren Änderung	noch amenorrhoisch
I	1	3	-
II	4	1	3

Psychische Verhaltensänderung mit Blick auf den zwischenmenschlichen Kontakt:

Eine der Möglichkeiten, psychische Veränderungen deutlich zu machen, ist im Verhalten gegenüber den Mitmenschen gegeben.

Gruppe I: Vor der Erkrankung hatten diese Mädchen guten oder doch ausreichenden Kontakt zu ihren Mitmenschen. Während der Erkrankung verschlechterte sich die Beziehung zur Umwelt mit Ausnahme der nächsten Angehörigen. Im Vordergrund standen Antriebs- und Interesselosigkeit bei weinerlicher Grundstimmung.
Heute bekommen diese Patientinnen guten, teilweise sogar besseren Kontakt als vor ihrer Krankheit. Die meisten wirken aufgeschlossen und lebensbejahend, wenn sie auch Stimmungsschwankungen noch recht stark unterworfen sind, was gut mit den vegetativen Beschwerden übereinstimmt.

Gruppe II: Vor der Erkrankung hatten die Patientinnen keine besonderen Schwierigkeiten, sich in ihrer Umwelt zurechtzufinden - obwohl viele von ihnen lieber für sich allein waren. Im Verlauf der Krankheit war der Kontakt zu den Patientinnen sehr schlecht (6) oder überhaupt nicht (2) herzustellen.
Nach Abklingen der Krankheit hat sich die psychische Aufgeschlossenheit

gebessert, doch nicht die vor der Erkrankung bestehende erreicht, insbesondere nicht diejenige, die bei den Patientinnen aus der Gruppe I nach der Gesundung zu beobachten war. Die Tendenz, sich von den Mitmenschen zurückzuziehen, überwog. Dies war auch bei der Nachuntersuchung festzustellen, bei der nur mit 2 der damaligen Patientinnen sich ein guter Kontakt herstellen ließ, zu 2 weiteren ein mäßig guter. Bei 2 Nachuntersuchten war dagegen während des länger dauernden Gesprächs kein Kontakt aufzubauen.

Es ist bemerkenswert, daß die Mädchen der I. Gruppe, denen eine Loslösung von zu Hause gelungen war, eine viel bessere Verbindung zu ihrer Umwelt haben als die im elterlichen Haushalt verbliebenen, wogegen in der II. Gruppe trotz äußerer Trennung vom Elternhaus keine Änderung in der Einstellung zu den Mitmenschen erreicht wurde. Daran ändert auch die Tatsache nichts, daß 3 von ihnen inzwischen verheiratet sind und zwei sogar Kinder haben.

	Familienstand heute:		
	verheiratet	"noch ledig"	ledig
I	4	-	4
II	3	2	3

Von den verheirateten Patientinnen der I. Gruppe hat eine einen gesunden Sohn, eine zweite 3 Kinder, wovon eines unter periodisch auftretenden Fieberschüben leidet. In der II. Gruppe hat eine der

ehemaligen Patientinnen einen deutliche Zeichen der Nervosität und vegetativen Labilität zeigenden Sohn. Die schizophrene Patientin hat 2 gesund erscheinende Kinder. Über Fehl- oder Frühgeburten wurde nichts berichtet.

Die soziale Weiterentwicklung erfolgte nach längerem oder kürzerem Stillstand geradlinig. So wurde der Schulbesuch wieder aufgenommen und zu einem guten Ende gebracht oder die alte berufliche Stelle wieder eingenommen. Der äußere Rahmen ist also recht unauffällig.

DARSTELLUNG EINIGER VERLÄUFE:

"Beschreiben ist deshalb so schwierig, weil wir uns - ob wir es wollen oder nicht - immer von dem, was unsere Vorgänger sagen, beeinflussen lassen - und von der Tatsache, daß in jeder Beschreibung ein Stück Theorie steckt" (RUMKE, zitiert nach CONRAD, S. 267).

In den nun folgenden Verlaufsschilderungen soll so weit als möglich versucht werden, objektiv zu sein. Dies wird dadurch erleichtert, daß wir schriftliche Unterlagen von verschiedenen Untersuchern und Kliniken, die sicher auch unter unterschiedlichen Blickpunkten zusammengestellt wurden, vorliegen haben - und weiter sowohl Berichte der Patientinnen selbst als auch von deren Familienangehörigen. "Doch der Mensch als Ganzes wird nie Gegenstand wissenschaftlicher Erkenntnis" (K. JASPERS).

Die beiden folgenden Krankengeschichten sollen Beispiel für die verschiedene Verlaufsform der Gruppen I und II sein. Wenn sie auch besonders günstige Verläufe darstellen, so lassen sich an ihnen doch die wesentlichen Merkmale, die auch in anderen Krankengeschichten wiederkehren, aufzeigen.

Else K., geb. 1937, erkrankt 1954, nachuntersucht August 1963.

Else ist die Älteste von drei Geschwistern. Sie stammt aus einer Handwerker-Familie. Die jüngere Schwester (einzige Überlebende von Drillingen) ist heute Säuglingsschwester, der Bruder will Techniker werden.

Eltern und Geschwister sind gesund, Erbkrankheiten sind in der Familie keine bekannt.

Else entwickelte sich normal, sie war nur selten einmal krank. Zu den Geschwistern bestand ein gutes Verhältnis, ebenso zu den Eltern.

Die Menarche trat mit 14 Jahren ein und in den folgenden 3 Jahren war die Periode regelmäßig. Die Einstellung zu diesem Schritt zum Erwachsenwerden war durchaus positiv.

Im Februar 1954 nahm Else an einer Tanzstunde teil. Einmal hätte sie auf dem Heimweg einen Kuß bekommen sollen, das kam ihr aber absurd vor. "Damals wollte ich doch noch keinen Freund haben!" In der anschließenden Fastenzeit fastete sie - konsequenter als in früheren Jahren - aber nicht um schlank zu werden (denn das war sie sowieso schon) sondern "weil ich dachte, dies sei nach der Tanzstunde vielleicht doch nötig als Vorbereitung auf Ostern". Else stammt aus einer gut katholischen Familie und wurde religiös erzogen. Im Anschluß an die Sommerferien blieb die Periode aus. Sie selbst meinte, es könnte vom vielen kalten Baden gekommen sein. Schon nach 8 Wochen wurde ein Arzt konsultiert, der Spritzen verabreichte, die jedoch nichts halfen. Im Januar 1955 erkrankte die Patientin dann an einer Gelbsucht, die in einem Kreiskrankenhaus behandelt wurde. Von dieser Erkrankung konnte sie sich nicht wieder erholen, deshalb blieb sie ihrer Stelle als Hausgehilfin fern und zu Hause. Essen konnte sie

nicht, selbst wenn sie wollte; dabei hatte sie keine Abneigung gegen bestimmte Speisen. "Ich konnte einfach nicht; der Vater hat das nicht verstanden, aber er war halt noch nie krank. Er meinte immer, es müsse mit Willen gehen, aber es ging nicht. Zum Glück hatte die Mutter Verständnis für mich".

Da Else immer schwächer wurde - sie wog noch 80 Pfund gegenüber 130 vor der Erkrankung - wurde sie erneut ins Krankenhaus eingewiesen. Im Psychiatrischen Krankenhaus hatte man vorher "nichts Psychisches" feststellen können. Nun wurde auf Grund der Diagnose SIMMOND'sche Kachexie - von Mai - August - eine ACTH-Kur durchgeführt, doch ohne Erfolg. Die Behandlung in der Tübinger Medizinischen Klinik (April - Juni 1956) (milde Schonkost, Percorten) erzielte zwar eine geringe Gewichtszunahme, Appetitlosigkeit, Amenorrhoe, Obstipation und Schlafstörung blieben aber weiter bestehen. Der anschließende Erholungsaufenthalt in einem Heim im Schwarzwald ist Else in schrecklicher Erinnerung. "Was sollte ich unter lauter alten Männern, kein einziger junger Mensch weit und breit. Im Frühjahr 1957 wurde mit einer mehrmaligen Implantation von Kalbshypophysen in die Bauchhaut begonnen (6 mal in 6-wöchigen Abständen), die sie selbst im Schlachthof abholen mußte. Nach der Implantation eiterte es jedesmal ziemlich heftig. Eines Tages im Spätsommer, sie war mit ihrer Mutter in der Stadt, sagte sie in einem Obstladen unvermittelt: "Mutter, mich machen Datteln so an!" Von da an hatte sie wieder Appetit. Ohne besonders viel zu essen, nahm sie laufend an Gewicht zu. Dieser so plötzliche Umschwung war sowohl ihr als auch der Mutter völlig unerklärlich. Inzwischen waren seit Beginn der Erkrankung 5 Jahre vergangen, in denen Else teilweise im Haushalt gearbeitet hatte, meist jedoch zu Hause oder in stationärer ärztlicher Behandlung gewesen war.

Das Gewicht stieg nach dieser so erstaunlichen Änderung stetig an und erreichte in wenigen Monaten dasjenige vor der Erkrankung. Die Periode blieb jedoch immer noch aus - cyclusgerechte Spritzen halfen nur solange sie gegeben wurden. Der Allgemeinzustand besserte sich weiter, doch wurde sie von Leber- und Magenbeschwerden geplagt, die zwar die Auswahl ihrer Speisen, den Appetit aber wenig beeinflußten. In erster Linie der Leberbeschwerden wegen wurde ein homöopathischer Arzt aufgesucht, der Tropfen verschrieb, worauf die Periode nach 8 Tagen

eintrat. Die Menses waren seitdem regelmäßig, aber ziemlich schmerzhaft.

Während der langen Zeit der Krankheit arbeitete Else immer wieder zwischendurch als Hausgehilfin bei einer Rechtsanwaltsfamilie mit vielen Kindern. Sie war - und ist es auch heute noch - sehr gern dort. Die Erwachsenen brachten ihr viel Verständnis entgegen, mit den Kindern verstand sie sich so gut wie mit eigenen Geschwistern. In letzter Zeit half sie ab und zu in den von diesen inzwischen neugegründeten Haushalten aus. Sie selbst ist inzwischen auch verlobt. Ihren Verlobten kennt sie seit einem Jahr. "Vorher ist halt noch keiner gekommen, der mir gefallen hätte". Jetzt will sie sich gut auf die Ehe vorbereiten, zum Beispiel noch Flöte spielen lernen, da ihr zukünftiger Mann sehr musikalisch ist. Nach ihrer Krankheit befragt, erzählte sie: "Es war alles wie eingeschlafen, der Appetit, der Stuhlgang, alles; nur schlafen, das konnte ich arg schlecht. Ich weinte dauernd, alles kam mir entsetzlich traurig vor, doch ohne einen bestimmten Grund. Dabei schämte ich mich so deswegen, ich mochte nirgends hingehen - auchweil ich so mager war und so schrecklich aussah. Wenn ich die Mutter nicht gehabt hätte! Die hat mich immer wieder ein bißchen aufgemuntert! Warum das so war, kann ich mir nicht erklären. Ich hatte eigentlich keinen Grund. In R. wollten sie unbedingt einen finden, aber sie sagten dann, es sei nichts Psychisches. Und daß es dann nach so langer Zeit so ganz plötzlich anders wurde, war fast wie ein Wunder." Ganz gesund fühlt sich Else auch heute noch nicht, sie wird leicht aus dem Gleichgewicht geworfen durch zuviel Arbeit oder zuwenig Schlaf. Aufregungen verschlagen ihr den Appetit. Doch ist sie zufrieden, föhlich und aufgeschlossen. Wenn man Photographien von damals mit ihrer heutigen Erscheinung vergleicht, so ist man erstaunt, zu sehen, was aus dem damals vorgealtert aussehenden Mädchen inzwischen für ein wirklich junger Mensch geworden ist.

Befund:

Damals: Kachektisch, bradykard, hypoton Lanugopersistenz, Follikulitis, Subacide Gastritis, Obstipation, Amenorrhoe, appetit- und schlaflos, von Kopfschmerzen geplagt.

Heute: Guter Allgemein- und Ernährungszustand, vegetativ sehr labil, nach Aufregungen appetit- und schlaflos.

E p i k r i s e:

Die Patientin ist heute 27 Jahre alt. Sie ist die Älteste von 3 Geschwistern. In der Familie sind keine Erbkrankheiten bekannt. Die frühkindliche Entwicklung verlief ohne Auffälligkeiten. Zu Eltern und Geschwistern besteht ein gutes Verhältnis. Die Menarche stellte kein Trauma dar; die Einstellung zur weiblichen Rolle schien durchaus positiv. Die Arbeit als Hausangestellte in einer verständnisvollen Familie mit vielen Kindern machte ihr - und macht ihr auch heute noch nach nunmehr 12 Jahren - viel Freude. Annäherungsversuche eines Jungen zur Tanzstundenzeit kamen ihr absurd vor. Anschließend fastete sie vor Ostern vermehrt (1954). Nach einem Badeaufenthalt im Sommer blieb die Periode aus. Im Januar 1955 trat eine Gelbsucht auf, wonach sich die Patientin nicht erholen konnte. Behandlungsversuche in verschiedenen Kliniken brachten keinen Erfolg. Die Patientin war weinerlich und lustlos, wollte nirgends mehr hingehen und schämte sich, so mager zu sein. Nach 3 Jahren plötzlicher Umschwung, der Appetit war wieder da, 4 Monate später traten die Menses wieder ein, seitdem hält die Besserung an.

Heute ist die Patientin ein aufgeschlossener, gereifter junger Mensch. Sie ist zwar vegetativ sehr labil, fühlt sich aber sonst wohl.

Diese Krankengeschichte mit den verschiedenen Behandlungsversuchen zeigt deutlich, daß die Krankheit in erster Linie Zeit in Anspruch nahm, und während dieser Zeit nicht zu beeinflussen war. Wogegen zu gegebener Zeit sogar die Tropfen des Homöopathen zu wirken schienen. An bemerkenswerten äußeren Faktoren hatte sich in diesem langen Zeitraum nichts verändert.

Wir finden auch für die Genese keinen der Gründe, die sonst für die Psychogenie verantwortlich gemacht werden. Ablehnung der weiblichen Rolle als wichtigster

Faktor? Der ganzen Schilderung nach ist die Einstellung zu dieser von Anfang an positiv. Und der verweigerte Kuß? Könnte das nicht die normale Reaktion eines - vielleicht etwas spät entwickelten - jungen Mädchens sein? Ihre eigene Erklärung, "das war doch viel zu früh", klingt recht einleuchtend. Ihre heutige Einstellung zu Heirat, Ehe und eigenen Kindern ist reif - sicher zum Teil durch ihre Erziehung, dem Vorbild der Eltern und dem guten Beispiel der Rechtsanwaltsfamilie bedingt. Die Mutter macht nicht den Eindruck einer überbesorgten Frau, im Gegenteil, sie hat ihre Kinder zur Selbständigkeit erzogen. Auch für ein Spannungsverhältnis zu den Geschwistern, insonderheit der Schwester, finden wir keinen Anhalt.

Damit ist zwar keine Erklärung für die Genese der Erkrankung gegeben, aber vielleicht doch die Aufmerksamkeit auf die Entwicklungsvorgänge, "die Belastung des Gesamtorganismus in der Pubertät" (KRETSCHMER) und nicht zuletzt die Gelbsucht gelenkt.

Helga R., geb. 1938, erkrankt 1954, nachuntersucht August 1963.

Helga stammt aus einer Beamtenfamilie. Ihre Schwester ist ein Jahr, der Bruder wesentlich jünger. Die warmherzige Mutter hat versucht, ihre Kinder gut zu erziehen. Der Vater war mehr ein Polterer, was ihm die Kinder aber nicht übelgenommen haben, denn er liebte sie, vor allem seine Älteste.

Die Atmosphäre, in der das Mädchen aufwuchs, macht den Eindruck der Geborgenheit. Später, nachdem Helga schon von zu Hause fort war, erkrankte der Vater an echten Depressionen, unter denen er immer wieder zu leiden hat. Sonst sind in der Familie keine Krankheiten bekannt.

Als Kind war Helga nicht wesentlich von ihren Geschwistern verschieden und sie vertrugen sich gut untereinander. Mit der Mutter verstand sie sich gut, den Vater liebte sie zwar, seinem Poltern war sie jedoch nicht gewachsen.

Abgesehen von häufigen Anginen, die mit 11 Jahren zur Tonsillektomie führten, und einer Hepatitis mit 12, war sie gesund, doch nicht besonders widerstandsfähig.

Die Menarche - 15 1/2 J. - erlebte sie nicht als etwas besonders Aufregendes. "Es war eben da", etwas später als bei den Klassenkameradinnen, die sie deshalb manchmal mitleidig betrachtet hatten, "weil sie das immer noch nicht hatte". In der folgenden Zeit ging Helga gern zur Schule und verstand sich gut mit ihren Klassenkameradinnen. Sie hatte keine schwerwiegenden Probleme und fühlte sich - auch in ihrer Rolle als Mädchen - ganz wohl. Dann blieb - nach 2 1/2 Jahren - die Periode aus, sie fand dies nicht einmal so wichtig, es der Mutter zu berichten. (Sie würde schon von selbst wiederkommen). 4 Monate später, die Mutter war gerade in Ferien, wollte sie plötzlich nichts mehr essen. Einen Grund dafür konnte sie weder damals noch heute angeben. Zunächst fiel ihr Verhalten nicht auf, erst die Mutter erhob nach ihrer Rückkehr Einspruch dagegen. Dies zog Unstimmigkeiten bei den Mahlzeiten nach sich. Ganz ohne Essen kam Helga jedoch nicht aus; ab und zu zog es sie zum Kühlschrank, aus dem sie wahllos alles aufaß, bis es ihr schlecht wurde. Der Friede bei Tisch wurde erst wiederhergestellt, als sie darauf kam, zwar zu essen, doch hinterher zu erbrechen. Dieser Reflex fuhr sich so gut ein, daß es ihr noch heute schwerfällt, nicht in diese schlechte Gewohnheit zu verfallen.

Die Familie verwöhnte und bemitleidete sie. Oft brach sie deshalb in Tränen aus, denn sie wollte nicht bevorzugt werden. Sie vernachlässigte ihr Äußeres und fand sich unwert, überhaupt zu leben. Am liebsten wäre sie abends eingeschlafen und nie wieder aufgewacht. Ihre Lektüre und ihr Denken bewegten sich um religiöse Probleme. Nachts schlief sie nicht und mußte grübeln, doch ohne Ergebnis. Wie sie das Abitur bestand, ist ihr unklar, denn sie hatte in der letzten Klasse lange gefehlt, weil sie sich schämte, so dünn geworden zu sein, ohne etwas dagegen unternehmen zu können - so meinte sie jedenfalls, obwohl ihr Spiegelbild sie abschreckte.

Nach dem Abitur zog sie an den Studienort und war damit dem Verwöhntwerden und dem Mitleid der Familie enthoben - ohne daß sich dadurch eine Änderung ergeben hätte. Zunächst studierte sie Sprachen, wechselte dann aber über zur Medizin, sie wollte wissen "wie das mit dem Menschen ist". In der ganzen Zeit lebte sie recht abgeschlossen, über philosophische Probleme nachgrübelnd,

sich selbst - und anderen - unausstehlich. Die Essenssymptomatik stand nicht mehr so sehr im Vordergrund; sie aß unregelmäßig und gleich zu viel, so daß es ihr hinterher schlecht wurde. Erst im Verlauf ihres vorklinischen Studiums stellte sie fest, daß vielleicht doch etwas mit ihr nicht in Ordnung sein könnte; sie suchte einen Arzt auf. Als seine Spritzen nach kurzer Zeit noch nichts halfen, brach sie die Behandlung wieder ab. (Einmal war sie mit ihrer Mutter schon bei einem Psychotherapeuten gewesen, der meinte, ihr Zustand sei für Mädchen ihres Alters gar nichts Außergewöhnliches).

Freundinnen oder gar Freunde hielt sie auf große Distanz. Allein unternahm sie weite Spaziergänge und sorgte durch Sport für möglichst viel Bewegung.

Ganz langsam wurde sie wieder "vernünftiger". Dieser Wechsel vollzog sich so unmerklich, daß sie nur rückblickend sagen kann: "Damals war ich anders". Am nachhaltigsten fühlt sie sich durch eine Bibelfreizeit beeinflußt, bei der sie von ihren Grübeleien weg zu einer positiveren Einstellung zu religiösen Fragen fand und lernte, daß man "selbst etwas tun muß". (Auf vielen früheren Freizeiten war dies nicht möglich geworden). Als sie dann in der medizinischen Poliklinik eine anacide Gastritis bestätigt bekam und damit eine Erklärung für ihre Eßunlust hatte, nahm sie zu den Mahlzeiten verdünnte Salzsäure, was das Erbrechen sehr unangenehm machte. Sie versuchte sich regelmäßige Mahlzeiten anzugewöhnen, und immer öfter schmeckt ihr das Essen auch.

In ihrer ganzen Haltung hat sie sich wesentlich verändert. Sie bejaht das Leben, sich und die anderen. Die Leute finden sie - im Gegensatz zu früher - nett; sie selbst kann sich kaum vorstellen, daß ihr vor nicht allzu langer Zeit alles entsetzlich vorkam, während sie jetzt zufrieden ist. Wenn sie nachts wach liegt - das kommt noch vor -, muß sie nicht mehr grübeln, sondern hat noch mehr Zeit zu lesen. Sie freut sich darauf, einmal zu heiraten und Kinder zu haben, denn sie glaubt sicher, daß auch die Periodenblutung wieder eintritt. (Der Frauenarzt empfahl ihr, abzuwarten und auf cyclusgerechte Spritzen, die bereits nützen, zu verzichten).

Befund:

Damals: Kachektisch, bradykard, leptosom,
Amenorrhoe,
Obstipation mit Durchfällen abwechselnd,
Schlaflosigkeit,
Erbrechen.

Heute: Normale Gewohnheiten
alle Symptome gebessert, aber nicht verschwunden.

Konstitution: leptosom-asthenisch.

E p i k r i s e:

Die Patientin ist inzwischen 25 Jahre alt geworden. Sie ist die Älteste von 3 Geschwistern. Als Kind hatte sie häufig Anginen, mit 12 Jahren Gelbsucht. In einem geordneten Familienmilieu entwickelte sie sich bis zur Pubertät ohne Störungen; die Menarche stellte kein Trauma dar. Ohne äußeren Anlaß und inneren Zusammenhang mit einem Konflikt - wenn man die Ferienreise der Mutter für ein 18jähriges Mädchen nicht als solchen ansehen will - hörte sie eines Tages auf zu essen, nachdem 4 Monate zuvor die Periode ausgeblieben war. Den Hunger, der doch nicht ganz verschwunden war, stillte sie aus dem Kühlschrank, so gründlich, daß ihr hinterher schlecht wurde. Da die gemeinsamen Mahlzeiten nicht zu umgehen waren, entwickelte sie einen mit der Zeit wohleingefahrenen Brechreflex. Sie vernachlässigte sich, fand sich unausstehlich und schämte sich zudem, so mager zu sein. Als Lektüre bevorzugte sie philosophische und religiöse Texte, auch ihre Grübeleien waren um diese Themen zentriert. Das Abitur und der Weggang von zu Hause an den Studienort stellten keinen merklichen Einschnitt dar. Zunächst studierte sie Sprachen, fühlte sich dann aber von der Medizin angezogen. Ganz langsam begriff sie, daß irgend etwas mit ihr nicht stimmen könnte, jedoch vorläufig nicht, daß dies auch zu ändern versucht werden sollte. Doch veränderte sie sich - für sie selbst kaum merklich. Als wichtigen Anstoß sah sie eine Bibelfreizeit, bei der sie vom Spintisieren und Grübeln zum Christsein fand. Frühere Freizeiten waren scheinbar spurlos an ihr vorübergegangen. Die körperlichen Symptome besserten sich etwas, sie selbst versuchte zudem durch Erziehung wieder Rhythmus in ihren Tagesablauf zu bringen, inzwischen schmeckte ihr das Essen sogar wieder.

Heute erscheint Helga als lebensfroher, die Rolle des Mädchens bejahender junger Mensch, der sich nicht vorstellen kann, einmal so ganz anders gewesen zu sein. Die endgültige Besserung ist sicher nur noch eine Frage der Zeit.

In dieser Krankengeschichte ist der Beginn der Essenssymptomatik an ein festes Datum gebunden - und doch: Ist die Ferienreise der Mutter eine genügende Erklärung für das Verhalten des immerhin schon 18jährigen Mädchens? Zudem bestanden Obstipation und Amenorrhoe schon seit 4 Monaten, ohne an ein bestimmtes Ereignis gebunden zu sein. Der weitere Verlauf ist in einem ähnlich dem des ersten Beispiels: Die Krankheit benötigte Zeit, sehr viel Zeit (8 Jahre). Zum Unterschied sind hier so gut wie keine Behandlungsversuche unternommen worden (abgesehen von der einen Konsultation des Psychotherapeuten und der kurzen Hormonbehandlung). Die Einstellung dieser Patientin bestand aus Ablehnung, nicht aus Gleichgültigkeit wie bei der ersten. Auch sie war todunglücklich, aber sie grübelte darüber nach. Es dachte mehr in ihr, als daß sie selbst dachte und ihr Philosophieren blieb ohne Ergebnis.

Auch hier finden wir keinen Anhalt für eine "überängstliche Mutter", eine "böse Schwester" oder ein "Menarche-Trauma". Noch etwas Weiteres läßt sich verdeutlichen. Nach dem Abitur zog Helga an den Studienort, doch brachte diese Lösung von zu Hause keine Änderung (im Gegensatz zu den Pubertätskrisen und unseren Patientinnen der ersten Gruppe). Spricht dies nicht gegen Ablehnung der Familie als wichtigen Faktor? Die Veränderung vollzog sich ganz allmählich, der Patientin unbewußt, daß sie heute das trotzige Mädchen (war es wirklich Trotz?) von damals nicht mehr verstehen kann. Die lebensverneinde Haltung machte im Lauf der Jahre einer bejahenden Platz. Helga mußte nicht mehr grübeln, sondern wollte zielgerichtet wissen. Ebenso langsam wie die Haltung änderten

sich auch die Gewohnheiten, das heißt, solche hatte sie gar nicht. Ihr war jeglicher Rhythmus verlorengegangen, im Schlafen, im Essen, so gut wie in allen Funktionen ihres Körpers. Erstaunlich ist, daß hier die Einsicht der körperlichen Veränderung vorausgeht. Helga versuchte mit Willensbetonung Gewohnheiten zu schaffen; wodurch dieser ungerichtete, mehr zwanghafte Wille jedoch umgelenkt wurde, bleibt unklar. (Die letzte für sie entscheidende Begegnung mit dem Christentum war trotz all ihrer Bemühungen zu einem früheren Zeitpunkt nicht möglich gewesen).

Heute nun ist Helga nahezu ausgeglichen. Die endgültige Gesundung (Wiedereintreten der Menses) wird sicher nur eine Frage der Zeit sein.

III. DISKUSSION:

Die Längsschnittbetrachtung zeigte, daß die Puberaldystrophie kein einheitliches Krankheitsbild darstellt. Die Gliederung in zwei Gruppen erschien uns vom Verlauf her gerechtfertigt. Leider ist damit über die Genese der Krankheit noch keine Aussage gemacht, wenn es auch scheint, daß - vor allem in der I. Gruppe - endogenen Faktoren ein wichtiger Stellenwert zukommt.

Von psychiatrischer Seite wird immer wieder darauf hingewiesen, man solle mehr den Weg zur Inneren Medizin gehen. Selbst S. FREUD hat im Alter seinem System nurmehr Interimscharakter zugewiesen bis durch Klärung der Symptomatik - durch die Neurophysiologie - eine spezifische,

kausale, medikamentöse Therapie getrieben werden könnte (nach HOFF "Das Unbehagen in der Psychiatrie"). Dabei sind es gerade die Internisten, die die Krankheit als "primär psychogene Magersucht" bezeichnen.

Wenn nun hier der Eindruck der überwiegend somatischen Genese entsteht, so in erster Linie deshalb, weil in letzter Zeit an die Psychogenie sehr ausführlich gedacht wurde, während somatische Faktoren kaum mehr diskutiert werden.

THOMÄ, der die hormonale "Fehlregulation" als Begleiterscheinung der "Fehleinstellung" ansieht, könnte man entgegenhalten, daß die "Fehleinstellung" umgekehrt auch Begleiterscheinung der "Fehlregulation" sein könnte. Als einfaches Beispiel seien die praemenstruellen Verstimmungen genannt. Dabei finden wir zwar mit Labormethoden - außer dem Überwiegen saurer Valenzen im Blut - zur Zeit noch keine Veränderungen, und doch hat eine Umstellung im Organismus stattgefunden, die auch die Psyche beeinflußt.

An diesem Beispiel läßt sich zeigen, daß Veränderungen im « milieu intérieur» (Claude BERNARD) stattfinden, die unseren Untersuchungsmethoden noch entgehen (auch der Nachweis von Hormonen und deren Metaboliten im Harn schwankt in weiten Grenzen). Gerade in der Pubertät, in der sich der Organismus in seinem inneren Gleichgewicht langsam auf ein neues Niveau einpendelt, muß man an solche Störungen denken.

Maßgeblich in die Steuerung des inneren Milieus greift das Diencephalon ein, (deshalb soll hier darauf eingegangen werden, auch wenn eine dience-

phale Genese weitgehend abgelehnt wird). Rhythmik und Periodizität sind diencephale Merkmale, und gerade diese sind bei unseren Patientinnen gestört: (Sowohl der Schlafrhythmus, als der der Nahrungsaufnahme und -abgabe sowie die Menses). Das 4jährige Kind einer Patientin leidet heute unter 4-wöchentlichen unklaren Fieberschüben; eine Patientin litt zur Zeit der Erkrankung an periodischem Diabetes insipidus. Den Patientinnen fiel nach ihrer Besserung ganz besonders auf, daß wieder "Ordnung in den Tagesablauf" gekommen war.

Bei Schädigungen im Bereich des Hypothalamus stehen Störungen von Seiten der Psyche an erster Stelle (das Großhirn ist für den Hypothalamus peripheres Organ). Diese Veränderungen können zum Beispiel durch Verschiebungen im Stoffwechsel ausgelöst werden (Alkalose - Acidose) oder durch Hypoglykämien, die ohne faßbare Ursache oft bei "Neurasthenikern" angetroffen werden.

Ebenso können wir uns Irritationen durch entzündliche Schädigungen mit zentralnervöser Wirkung vorstellen. Dabei sind psychogene Reaktionen gar nicht so selten. Beim Posthepatitissyndrom z.B. klagen die Patienten über Verdauungsstörungen, sind reizbar, emotionell labil und müde. Früher wurden diese Beschwerden als psychogen abgetan - da normale Leberteste gefunden wurden -, während wir heute wissen, daß jede Infektion, jede chronische Eiterung zumindest einen temporären - zentralen - Schaden setzt und dadurch auch peripher Änderungen hervorgerufen werden. So weist BAHNER auf den Appetitverlust gepaart mit Erbrechen bei fieberhaften Erkrankungen hin: "Niemand wird den

Appetitverlust eines Fiebernden für psychogen ansehen, dem Anorexia nervosa-Kranken wird ein gleich elementarer Appetitverlust nur allzu leicht als psychogen angekreidet". Um wirklichen Appetitverlust handelt es sich bei unseren Patientinnen, zumindest der 1. Gruppe.

Eine solch infektiöse Schädigung könnte man im Sinne einer Vorschädigung Bedeutung zumessen, die in einem labilen Organismus - und das ist jeder in der Pubertät - die Auslenkung in die Krankheit möglich macht.

Weiter sei auf die Fehl- und Mangelgeburten hingewiesen. Sie bedeuten oft für das ganze Leben eine Einschränkung der vegetativen Regulationsbreite - eventuell psychische Asthenie. Erstgeborene sind Geburtsschädigungen weit stärker ausgesetzt als Kinder späterer Schwangerschaften. CLAUSER weist darauf hin, daß von seinen 9 Anorexiepatientinnen bei 4 dringender Hinweis, bei 2 wohlbegründeter Verdacht auf prae- bzw. perinatale Hirnschädigung besteht. Diese Vorschädigung braucht sich erst unter der Belastung der Pubertät zu zeigen.

Eine Krankheit läßt sich immer von zwei Seiten betrachten - vor allem dann, wenn es sich um grundsätzlich reversible Vorgänge handelt. In der Anamnese unserer Patientinnen ließen sich wohl psychogene Faktoren finden, doch ist die Frage, ob ihnen wirklich die erste Bedeutung zukommt, Zudem gehen die Ansichten über die Psychogenie weit auseinander; wenn also verschiedene psychogene Faktoren die Krankheit auslösen können,

warum nicht auch somatische? Entstehen doch z.B. oft seelische Konflikte in der Zeit spannungsreicher Entwicklungsperioden, und hier wieder besonders leicht, wenn Asynchronien in den Entwicklungstendenzen sich nachweisen lassen. Auf der anderen Seite muß ein Ausspruch von BÜRGER-PRINZ gerade in diesem Zusammenhang beachtet werden: "Soviel Bedürfnisbefriedigung in der Kinderzeit, soviel Spannungen zwischen Geschwistern und überwertigem Vater etc. hat es in den Krankengeschichten nie gegeben wie in den letzten zehn Jahren."

THOMÄ sieht die Ablehnung der weiblichen Rolle - ob sie nun bewußt oder unbewußt geschieht - als zentralen Faktor bei der Anorexia nervosa. Wir kamen nicht zu demselben Ergebnis. Unsere Patientinnen lehnten die weibliche Rolle nicht ab, zumindest nicht ihre biologische Weiblichkeit. Der Wunsch, ein Junge zu sein, entstand mehr aus Freiheitsbedürfnis, eine Beobachtung, die sich immer wieder auch an gesunden jungen Mädchen machen läßt.

Auf die "überängstliche Mutter", die Schwesternproblematik, die Bedeutung des Familienmilieus, ist schon am Beispiel der Krankengeschichten eingegangen worden. Die zentrale Angst vor dem Erwachsenwerden? Einmal hat jedes Kind ein wenig Angst vor dem Erwachsenwerden, zum anderen sehnt es diesen "Vollendungszustand" herbei So war auch die Einstellung unserer zumeist recht retardierten Patientinnen ambivalend: Sie beschäftigten sich mit den grundsätzlichen Problemen des Daseins, doch in der depressiven Verstimmung blieben nur ergebnislose Grübeleien übrig, die das Erwachsenwerden als unüberwindliche Schwierigkeit erscheinen ließen.
Es lag uns daran, darauf hinzuweisen, daß den psychogenen Faktoren bei der Puberaldystrophie nicht der alleinige Stellenwert zuzukommen braucht, sondern - vor allem in der I. Gruppe - "endogene" (konstitutiel ererbte) Störfaktoren, die sich besonders unter der Belastung der Pubertät zeigen, berücksichtigt werden sollten.

ZUSAMMENFASSUNG:

Es wurden 9 Patientinnen aus der Universitäts-Nervenklinik, die bei Verlaufsstudien über Pubertätskrisen als besondere Gruppe aufgefallen waren, und zum Vergleich 1o Patientinnen aus der Medizinischen Klinik untersucht. Zur Zeit der Behandlung war die Diagnose Puberaldystrophie (primär psychogene Magersucht oder Anorexia nervosa) gestellt worden auf Grund der Symptom Trias Amenorrhoe, Essenstörung und Abmagerung und Obstipation.

Die jungen Mädchen waren zwischen dem 13. u. 19. Lebensjahr erkrankt; zur Zeit der Nachuntersuchung zählten sie durchschnittlich 26 Jahre. Die Behandlung lag mindestens 4, im Durchschnitt 8 Jahre zurück.

Bei der Katamnese-Erhebung, die eine psychische Exploration und körperliche Untersuchung umfaßte, wurden die Patientinnen - wenn möglich - zu Hause aufgesucht, um so die übrigen Familienmitglieder mit beurteilen zu können, und um ein Bild des sozialen Milieus zu bekommen.

Der Gruppenvergleich aus beiden Kliniken wies kaum Unterschiede auf. Doch ließ die Längsschnittbetrachtung zwei neue Gruppen hervortreten, die sich im Querschnittsbild noch nicht so deutlich unterschieden hatten.

Die Gruppe I zeigte einen mehr adynamischen Verlauf mit vorwiegend vegetativen Beschwerden. Bei der II. Gruppe fielen vor allem zwanghafte Symptome auf und bei der Nachuntersuchung schizoide Züge. Die Besserung der Kardinalsymptome nahm hier auch einen wesentlich längeren Zeitraum in Anspruch und erfolgte

nur ganz allmählich, während die Patientinnen der I. Gruppe diese als deutlichen Einschnitt angeben konnten.

In Bezug auf die Genese der Krankheit wurde versucht zu zeigen, daß der Pubertät als "Wetterwinkel für Organfunktionsstörungen" (E. KRETSCHMER) - z.B. auf dem Boden konstitutioneller Schwäche, entzündlicher Vorschädigung - ein wesentlicher Stellenwert zukommt und nicht nur den psychogenen Faktoren.

Auch auf Grund dieser Verlaufsstudien erweist sich somit das Syndrom der Anorexia nervosa als uneinheitliches Krankheitsbild.

Literaturverzeichnis.

1. BAHNER, P. : Handbuch der Inneren Medizin Bd. VII, 1. Teil S. 983, 2. Teil S. 338; Berlin - Göttingen - Heidelberg, Springer, 1955.

2. BANSI, H.W.: Magerkeit als ganzheitsmedizinisches Problem; Med.Klinik, 1945, S. 49 - 54.

3. BLEULER, M.: Psychiatrische Bedeutung der Steroidhormone; Med.Klinik, 1956, S. 1013 - 1017.

4. BLEULER, M.: Endokrinologische Psychiatrie; Stuttgart, Georg Thieme, 1954.

5. BERGMANN, G., von: Magerkeit und Magersucht; Dtsch.med.Wschr., 1934, S. 123 - 126 u. 159 - 163.

6. BOEHM, F.: Erhebung und Bearbeitung von Katamnesen, Zentralblatt Psychoth. 14, 1942, S. 17.

7. BÜRGER-PRINZ, H.: Probleme phasischer Psychosen; Stuttgart, F. ENKE, 1961.

8. CLAUSER, H.: Psychotherapiefibel; Stuttgart, Georg Thieme, 1962.

9. CONRAD, K.: Die Gestaltsanalyse in der psychiatrischen Forschung; Nervenarzt 31,1960, S. 267.

10. CONRAD, K.: Der Konstitutionstypus; Stuttgart, Springer, 1963.

11. DENNIG, H.: Lehrbuch der Inneren Medizin; Stuttgart, Georg Thieme, 1961, S. 157 - 181 u. S. 670 - 790.

12. DREYER, P.: Über Pubertätsmagersucht; Kinderärztl. Praxis 24, S. 118 - 119.

13. FANCONI, G.: Über Störungen der Pubertät; Dtsch.med.Wschr., 1955, S. 337 - 343.

14. GEBSATTEL, V., von: Reifungskrisen in Psychoseform; Zentralbl.Neurol. u. Psychiatr. 130, 1954, S. 9.

15. GEISLER, E.: Zur Problematik der Pubertätsmagersucht; Zentralbl. Neurol. u. Psychiatr., 125 u. 127, S. 295 u. 354.

16. GEORGIE, F. u. LEVI, R.: Zur Pathophysiologie und Therapie der sog. Pubertätsmagersucht; Nervenarzt 22,1951,S. 365 - 371.

17. HESS, W.R.: Psychologie in biologischer Sicht; Stuttgart, Georg Thieme, 1962.

18. HENI, F.: Primär psychogene Magersucht; Endokrinologie 28, 1951,

19. HOFF, H., u. BERNER, P.: Das Unbehagen in der Psychiatrie; Wiener Zschr. für Nervenheilkunde, 1963, S. 48 - 59.

20. JENSEN, E.V.: Über die Wirkungsweise von Östrogenen; Dtsch.med.Wschr., 1963, S. 1229 - 1232.

21. JORES, A.: Vom kranken Menschen; Stuttgart, Georg Thieme,1964,S. 130 - 139.

22. JORES, A. u. NOWAKOVSKY, : Praktische Endokrinologie; Stuttgart, Georg Thieme, 1960.

23. KRETSCHMER, E.: Psychotherapeutische Studien; Stuttgart, Georg Thieme, 1944.

24. KRETSCHMER, E.: Hysterie, Reflex, Instinkt; Stuttgart, Georg Thieme, 1958.

25. KRETSCHMER, E.: Medizinische Psychologie; Stuttgart, Georg Thieme, 1963.

26. KRETSCHMER, E.: Körperbau u. Charakter; Berlin - Göttingen - Heidelberg, Springer, 1961.

27. LANGEN, D.: Methodische Probleme der klinischen Psychotherapie; Stuttgart, Georg Thieme, 1956.

28. LANGEN, D.: Diagnostik aus dem sprachlichen Ausdruck; Dtsch.med.Wschr.82,1957, S. 1006 - 1009.

29. LUKAS, K.H.: Therapie einer Magersüchtigen; Zschr. f. Psychoth. u. med. Psychol. 6, 1956, S. 159.

30. LUTZ, J.: Die Frage der psychischen Faktoren bei der Pubertätsmagersucht; Zschr. f. Kinderpsychiatr. 17, 1950/51, S. 51.

31. MAYER, A.: Zur Psychologie der weiblichen Pubertätsmagersucht; Med.Klinik, 1957, S. 2185 - 2190.

32. MENNINGER-LERCHENTHAL, E. u. HOLLER, G.: Corticoid Psychose, Asthma u. Geisteskrankheiten; Wiener Zschr. f. Nervenheilkunde 1963, S. 277-299.

33. MENNINGER-LERCHENTHAL, E.: Periodizität in der Psychopathologie; Wien - Bonn - Bern, Mandrich, 1960.

34. MEYER, J.E.: Das Syndrom der Anorexia nervosa; Katamnestische Untersuchungen, Arch.Psychiatr. 19, S. 31 - 59.

35. MÜLLER, H.: Die Pubertätsmagersucht bei jungen Mädchen; Med.Klinik 1956, S. 209 - 214.

36. MUCHOW, H.: Sexualreife u. Sozialstruktur der heutigen Jugend; Hamburg, Rowohlt, 1961.

37. NONNENBRUCH, u. FEUCHTINGER, : Über den Wechsel von Fett- und Magersucht als Ausdruck diencephal-hypophysärer Regulationsstörung; Dtsch.med. Wschr., 1942, S. 1045.

38. PELTZ, H.D.: Kritisches zur Pubertätsmagersucht; Ärztl.Wschr., 1956, S. 781 - 788.

39. RÜMKE, H.C.: Die Bedeutung der Phänomenologie und Beschreibung in der Psychiatrie; Zschr.f.Psychoth. u. med.Psychol.12, 1962, S. 94.

40. SOMMER, B.: Die Pubertätsmagersucht als leibseelische Störung einer Reifungskrise; Psyche 9, 1955, S. 307.

41. SPRANGER, E.: Psychologie des Jugendalters; Heidelberg, Quelle u. Meyer, 1957.

42. STERN, E.: Verspätete Pubertätskrisen; Z.Psychoth.u.Psychol. 6, 1956, S. 45 - 60.

43. STOCKERT, F.G., Ritter von: Probleme der Pubertät; Nervenarzt 31, 1961, S. 341 - 346.

44. STUTTE, H.: Kinder- u. Jugendpsychiatrie; In: Psychiatrie der Gegenwart Bd. 2, Berlin - Göttingen - Heidelberg, Springer, 1960, S. 966 - 999.

45. THOMÄ, H.: Anorexia nervosa; Stuttgart, Huber u. Klett, 1961.

46. VILLINGER, W.: Zur Pathologie, Anamnese u. Psychopathologie der Pubertätsmagersucht; Zentralbl. Neurol. u. Psychiatr. 108, 1950, S. 213.

47. WEIZSÄCKER, V., von: Über Träume bei sogen. endogener Magersucht; Dtsch. med.Wschr., 1937, S. 253 u. S. 294.

48. ZELLER, W.: Konstitution u. Entwicklung; Psychol. Rdsch., 1952.

49. ZUTT, J.: Das psychiatrische Krankheitsbild der Pubertätsmagersucht; Arch.Psych. 180, 1948, S. 776.

L e b e n s l a u f

Am 3.Januar 194o wurde ich, Heide Hoss-Jäger, als Tochter des Landwirtschaftsrats Dr.Walter Jäger und seiner Ehefrau Margot in Karlsruhe geboren.

Ich besuchte die Volksschule und das Gymnasium in Ludwigsburg und legte dort im Februar 1959 die Reifeprüfung ab.

Im Sommersemester 1959 begann ich mit dem Medizinstudium an der Universität Tübingen. Nach bestandenem Physikum studierte ich im Wintersemester 1961/62 in Innsbruck. Danach kehrte ich nach Tübingen zurück und legte dort im Herbst 1964 das medizinische Staatsexamen ab.

Fotodruck Frau Elly HUTH Tübingen